

Caracterizando o perfil das crianças atendidas em uma unidade saúde da família

Characterizing the profile of children seen in a health center that is focused on family needs

Edlaine Cristina Lego

Enfermeira (FMR), Especialização em Enfermagem do Trabalho (UNINTER), Enfermeira na unidade de neonatologia (UNESP).

Carla Regiani Conde

Enfermeira, Especialização em Enfermagem Obstétrica (UNESP), Especialização em Pediatria (FAMERP), Especialização em Docência Universitária (UNINOVE), Mestrado em Enfermagem (UNESP), Docente e Supervisora de Estágios Curriculares (FMR/UNINOVE), Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (FMR).

RESUMO

O primeiro ano de vida da criança é um período marcado por intenso crescimento e desenvolvimento, podendo ser considerado de grande importância à criança e ao adolescente sobre os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Os objetivos dessa pesquisa foram caracterizar, por meio dos parâmetros peso, estatura e perímetro cefálico, o perfil das crianças de zero a um ano de idade atendidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Botucatu, interior Paulista e descrever o perfil das consultas de crianças atendidas no primeiro ano de vida. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva e com análise de 34 prontuários usando instrumento pré-elaborado pela pesquisadora. Os resultados encontrados nessa pesquisa permitiram identificar que nesta unidade de saúde há um grande número de consultas extras, bastante faltosos, poucas crianças com no mínimo sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida e todos os parâmetros de normalidade adequados. Conclui-se que há déficit no registro dos dados e poucas informações nos prontuários (como por exemplo, escolaridade materna e o percentil Perímetro Cefálico após os sete meses de vida).

Palavras-chave: Recém-nascido, Crescimento, Lactente, Enfermagem.

ABSTRACT

The first year of a child is a time of considerable growth and development. It can be considered of paramount importance to the child and adolescent when it comes to the biological, affective, psychic, and social aspects. The following study intended to characterize, through weigh, height, and cephalic perimeter, the profile of children from zero to one year of age seen in a health center that is focused on family needs (USF) in the county of Botucatu, in the countryside of the state of São Paulo, Brazil. It also described the profile of the doctor appointments of such children. It is a quantitative and retrospective study and it analyzed 34 medical records by using an analysis tool previously prepared by the researcher. The results showed that the health center has many extra appointments, many patients miss their appointments, a few children have at least seven puericulture appointments in their first year of life and a few children have all suitable adequate parameters. It was concluded that there is a deficit of data and little information in the medical records (such as the mother's educational background and the cephalic perimeter percentile after seven months of life).

Key words: Newborn, Growth, Breastfeeding Woman, Nursing.

INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida de uma criança é um período marcado por intenso crescimento e desenvolvimento, podendo ser considerado de grande importância à criança e ao adolescente sobre os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social (MARCONDES *et al.*, 2002).

O crescimento pode ser definido como o “*aumento do tamanho corporal*” que só cessa quando esse indivíduo atinge o término do aumento de sua altura. Ainda, pode-se definir crescimento do ser humano como sendo “*um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida*”, ou seja, é um “*fenômeno de substituição e regeneração de tecidos e órgãos*” (BRASIL, 2002).

Acredita-se ainda que o crescimento seja influenciado por fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos, de malformação) e extrínsecos, tais como alimentação, saúde, higiene, habitação e os cuidados gerais da criança (WHO, 1995).

O profissional que realiza as consultas de puericultura, ou seja, as consultas que acompanham esse crescimento, é denominado ‘Puericultor’ e é responsável pela orientação, prevenção e educação em saúde. Sendo assim, não só atende a criança, bem como toda a sua família (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

A puericultura está interligada aos cuidados à criança, e o seu principal objetivo é formar adultos mais saudáveis, produtivos e felizes (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Esse termo apareceu pela primeira vez em 1762, em um tratado escrito pelo Suíço Jacques Ballexserd, porém sem grandes repercussões. Já em 1865, voltou a aparecer, desta vez sendo usado pelo médico francês Caron em sua obra *La puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants* (BONILLHA e RIVORÊDO, 2005).

De origem francesa, o termo Puericultura apareceu ainda na idade antiga (final do século XVIII), porém mais relacionado à disciplina, educação, vestuário e alimentação. Somente por volta do final do século XIX é que se tornou uma especialidade médica, e no início do século XX uma especialidade da enfermagem (ASSIS *et al.*, 2011).

No Brasil o termo Puericultura foi utilizado por volta de 1890 e em 1899, Moncorvo Filho fundou uma instituição filantrópica conhecida como Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Essa instituição começou a divulgar em jornais a

importância da Puericultura, que na época eram apenas preceitos higiênicos (BONILLHA e RIVORÊDO, 2005).

Sendo assim, é por meio da consulta de puericultura que se identifica e previne diversas doenças na infância, sendo possível acompanhar crianças desde seu primeiro mês de vida. Tal consulta é fundamental para diminuir as necessidades de internação e para que as metas de um crescimento saudável sejam concretizadas (SILVA *et al.*, 1999).

Entretanto, até meados do século XIX, a puericultura era vista apenas como uma combinação de noções e técnicas de higiene, alimentação e cuidados com crianças pequenas, os quais eram transmitidos de mãe para filha ao longo da vida (BLANK 2003).

Na última década, com a intenção de tornar a puericultura uma intervenção preventiva, foram desenvolvidos inúmeros estudos, tanto controlados quanto revisões sistematizadas, com o intuito de encontrar evidências científicas que comprovassem tal ideal (BLANK, 2003).

Com isso, a puericultura pode ser definida como a ciência que reúne conceitos de fisiologia, higiene, e sociologia com o objetivo de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico de crianças desde a concepção até a puberdade (BLANK, 2003). Ela é um instrumento importantíssimo para o acompanhamento integral da criança, de modo a proporcionar uma vida adulta sem problemas advindos da infância (SILVA *et al.*, 2009).

Inicialmente, segundo Blank (2003), a puericultura era desenvolvida apenas pela classe médica, porém com o aumento da demanda, tal atividade passou a ser praticada também pelos enfermeiros, sendo que vários estudos apontam que estes investem mais tempo nesta área do que os médicos e tendo o mesmo nível de satisfação por parte dos pacientes.

Ainda, são nos primeiros anos de vida que se determinam condições importantes para que o crescimento infantil se processe de forma adequada. É por meio de uma assistência pré-natal, parto e puerpério de qualidade e práticas de promoção, proteção e recuperação que os profissionais de saúde vão garantir bom seguimento à criança (BRASIL, 2002). O reforço às atividades educativas e ao planejamento familiar é uma estratégia importante no sentido de aumentar a cobertura de puericultura (SILVA *et al.*, 1999).

A importância da realização da puericultura não é só o método mais eficaz de garantir uma adequada cobertura vacinal e de reforçar as vantagens e benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, mas também é

fundamental no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. É por meio das consultas que o profissional oferece informações importantes para a mãe em relação à saúde de seu filho e pode orientá-la em como prevenir as doenças mais comuns na infância por meio de ações educativas (LEITE e BERCINI, 2005).

Segundo Assis *et al.* (2011) é fato que toda a equipe de saúde deve estar preparada para o acompanhamento da criança, sendo assim, é preciso realizar uma busca ativa para identificar faltosos a estas consultas, detectar crianças em risco e crianças com curva de crescimento anormal para que estas tenham um desenvolvimento saudável.

Mesmo sabendo da enorme importância das consultas de puericultura, o percentual destas consultas ainda não é o esperado. Segundo uma pesquisa realizada nas regiões Sul e Nordeste por Piccini *et al.* (2007) o percentual de consultas de puericultura em PSF girava em torno dos 95% nas duas regiões. Já o percentual em UBS era bem menor, de 67% na região Sul e 79% na região Nordeste. Um dos fatores que interferem no entendimento da importância das consultas de Puericultura por parte das mães é a escolaridade. Nestas duas regiões, mais da metade das mães tinham somente o primeiro grau incompleto, o que caracteriza um marcador de exclusão social muito comum nas periferias de todo o país.

Na região Sul de Santa Catarina, foi desenvolvida por Cancelier *et al.* (2009) uma pesquisa semelhante à citada acima. Nesta pesquisa obteve-se uma amostra de 160 crianças, de zero a dois anos de vida, atendidas no PSF da cidade de Tubarão, no bairro de São Martinho, e foi visto que 125 das crianças analisadas (78,1%) tiveram consultas de puericultura e foi visto também que 40,6% das mães destas crianças trabalhavam fora de casa, o que dificultaria levar a criança às consultas.

O acompanhamento do ganho de peso ajuda a identificar riscos de morbidade e mortalidade, desnutrição e pioras nos problemas de saúde das crianças. Assim, é importante que as crianças compareçam a no mínimo sete consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida, sendo que, a primeira delas, deve ocorrer nos primeiros quinze dias de vida, e as demais com um, dois, quatro, seis, nove e doze meses de vida (BRASIL, 2002).

No Brasil, estudos revelam que há em média 7,5 consultas de puericultura no primeiro ano de vida, sendo que essas têm maior incidência em famílias de classe alta (BLANK, 2003).

A relação entre o Número de Consultas versus Idade da Criança pode sofrer alterações caso a criança esteja em situações especiais, tais como ser prematura, ter até seis meses de vida e pesar menos de 2500 gramas, desnutrição/obesidade ou apresentar déficit de crescimento (CORREIA *et al.*, 2010).

Em relação ao peso, segundo relatos de Silva *et al.* (2009) desde a década de 70 a desnutrição infantil foi reduzida em cerca de 60%, porém a obesidade infantil cresceu cerca de 25%, tornando-os propensos ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Para a OMS (2006) uma criança eutrófica é aquela que está com o peso entre o percentil 10 e 97,5 e com comprimento entre o percentil 2,5 e 97,5. Segundo a CNHS (1977), o perímetro cefálico (PC) deve estar entre o percentil 10,5 e 90,5.

Após serem realizadas as medidas antropométricas, os dados obtidos são anotados no Gráfico presente no cartão de acompanhamento da criança (OMS, 2006).

Porém, mesmo sabendo que as informações presentes neste gráfico servem como ferramenta para conscientização e tranquilização dos pais, Blank (2003) aponta que o apoio científico acerca desta ferramenta ainda é muito pobre.

Para analisar se essa é uma criança eutrófica, afere-se o comprimento que é a medida entre a cabeça e o calcâneo com a criança em posição supina. O Perímetro Cefálico também é aferido com a criança nesta mesma posição, passando a fita métrica sobre a região frontal da criança, logo acima das sobrancelhas e acima das orelhas (CORREA *et al.*, 2006). Segundo Stefane (2005) para crianças de até um ano de idade pode-se usar a fórmula: Perímetro Cefálico é igual à Altura da criança dividido por dois e a esse valor deve-se somar dez.

Outro indicador antropométrico muito importante segundo Brasil (2002) é a relação Estatura/Idade, pois esse indicador pode apontar déficits no crescimento das crianças, estando muitas vezes associados à desnutrição, doenças metabólicas genéticas ou infecções crônicas.

Segundo Marcondes *et al.* (2002) um ponto muito importante a ser observado é que o indicador Peso é o mais utilizado para determinar os parâmetros de crescimento da criança. Contudo, esse pode sofrer interferência negativa de inúmeros fatores tais como

desnutrição, alterações genéticas, maus tratos e patologias comuns na infância, reduzindo assim o ganho ponderal de peso. Já o indicador Altura é de mais difícil obtenção, porém, é mais seguro, já que nunca irá diminuir devido à influência do meio.

Ainda há de se considerar que o Perímetro Cefálico é muito importante para avaliar o crescimento cerebral da criança e detectar anomalias cerebrais, tais como micro e macrocefalias (BRASIL, 2002).

Contudo, ainda é elevada a frequência de crianças que não são acompanhadas pelas consultas de puericultura devido à falta de conscientização dos familiares, que por baixa escolaridade ou por julgarem o acompanhamento desnecessário, não aderem ao seguimento da criança. Sendo assim, faz-se necessário estabelecer medidas educacionais de sensibilização aos pais em relação à importância da puericultura para que todas as crianças recebam uma assistência à saúde de qualidade (VITOLLO *et al.*, 2010).

Sabendo-se da importância do acompanhamento do crescimento de neonatos e lactentes, julgou-se fundamental conhecer e avaliar o crescimento das crianças atendidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu, interior Paulista, quanto à apresentação dos parâmetros de crescimento. Acredita-se assim, que essa pesquisa aponte indicadores de melhoria para a assistência à saúde oferecida pela equipe desta localidade.

O presente artigo teve como objetivo caracterizar, por meio dos parâmetros peso, estatura e perímetro cefálico, o perfil das crianças de zero a um ano de idade atendidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF), além de descrever o perfil das consultas de crianças atendidas no primeiro ano de vida.

METODOLOGIA

Respeitando os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Bioética da Faculdade Marechal Rondon e após parecer favorável em 03/05/2011 por meio do protocolo nº 23/11 deu-se início a pesquisa.

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e retrospectiva realizada por meio de busca de registros em prontuário.

Para Cervo e Bervian (2002), a abordagem quantitativa maneja variáveis condizentes ao objeto de estudo, onde os experimentos científicos seguem uma estrutura lógica, com base na estatística. Já a pesquisa retrospectiva, portanto, é aquela onde os indivíduos, com uma determinada característica, são identificados e questionados para saber se foram ou não expostos a determinado fator.

Tal pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Aeroporto, que foi implantada em 2003 e está localizada na periferia do município de Botucatu, no interior Paulista.

Em sua área de abrangência, essa USF atendia uma população média de cinco mil pessoas que residiam nos bairros Jardim Aeroporto, COHAB Mutirão, Santa Mônica, Santa Cecília, 24 de Maio e COHAB III (contabilizando um total de 4.666 pessoas e 1.190 famílias cadastradas). A equipe da USF do Jardim Aeroporto era formada por dois médicos, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, um odontologista, uma auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar administrativo (JÚNIOR, 2007).

A população estudada foi 34 crianças de zero a um ano de idade, de ambos os sexos, nascidos no primeiro semestre de 2010 e acompanhados pela USF do Jardim Aeroporto até junho de 2011. Essa população foi dividida em dois grupos para o acompanhamento: grupo dos meninos e grupo das meninas, já que esses, com exceção do crescimento do perímetro cefálico, tinham crescimento diferenciado.

Os dados foram coletados, após aprovação do Comitê de Ética e Bioética, dos prontuários da população estudada e registrados em um instrumento de coleta de dados pré-elaborado pela pesquisadora. Para realização da pesquisa foi assinado junto a Secretaria Municipal de Saúde o termo de consentimento livre e esclarecido da empresa.

Depois da busca nos prontuários finalizada os dados foram registrados em instrumento próprio. Esses dados foram tabulados e apresentados por meio de gráficos e tabelas. Para auxiliar tal estudo, e melhor apresentação dos resultados, foram utilizados como estratégia os métodos estatísticos de frequências absoluta, frequência relativa, e gráficos.

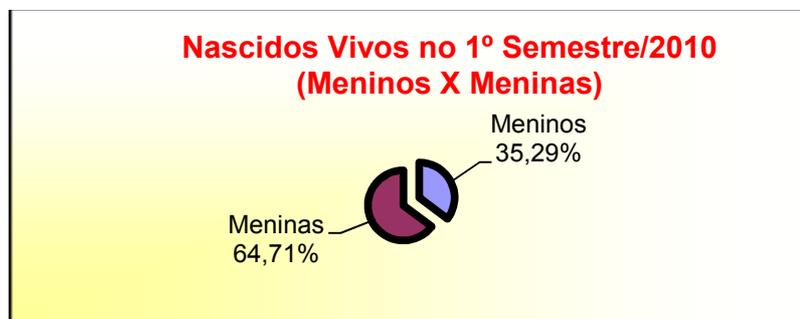
RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contou com a apreciação de 34 prontuários que permitiram acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças entre zero e um ano de idade.

Para melhor visualização dos resultados, optou-se por apresentá-los através de figuras.

A figura 1, portanto, ilustra o número de nascimentos no primeiro semestre de 2010 de acordo com o sexo.

Gráfico 1: Número de nascimentos de acordo com o sexo no 1º semestre de 2010.



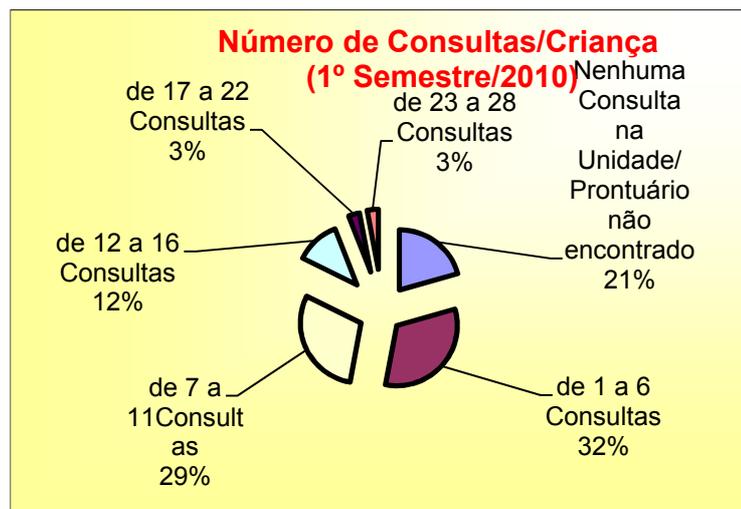
Fonte: Lego e Conde (2011).

Observou-se que no 1º semestre de 2010, das 34 crianças que nasceram e pertenciam a USF do Jardim Aeroporto, cerca de 65% eram meninas (22) e 35% eram meninos (12).

Segundo IBGE (2010), a população brasileira em 2010 era de 190.732.694 pessoas sendo que havia cerca de 97 homens para cada 100 mulheres, o que explicaria o maior número de nascidos vivos do sexo feminino em relação aos nascidos vivos do sexo masculino na USF desse bairro.

A figura 2 elucida o número de consultas que essas crianças tiveram no primeiro ano de vida.

Figura 2: Número de consultas no primeiro ano de vida no 1º semestre de 2010.



Fonte: Lego e Conde (2011).

Outro dado constatado foi que 21% das crianças (7) não tiveram nenhuma consulta na USF “Jardim Aeroporto” no primeiro ano de vida, ou seu prontuário não foi localizado na unidade.

O mais preocupante é que cerca de 32% das crianças (11) tiveram menos de sete consultas no primeiro ano de vida, sendo esse o número mínimo de consultas que a Organização Mundial de Saúde preconiza durante o primeiro ano de vida. Cerca de 29% dessas crianças (10) tiveram de 7 a 11 consultas, 12% (4) tinham de 12 a 16 consultas, 3% (1) tinham de 17 a 22 consultas e 3% (1) tinham de 23 a 38 consultas.

Em relação a esses dados, foi observado que a primeira consulta de puericultura dessas crianças deveria ocorrer nos primeiros 15 dias de vida (BRASIL, 2002), e foram agendadas somente por volta de um mês de vida, sendo que aproximadamente 22% das crianças, que eram acompanhadas nesta unidade, não tiveram essa consulta.

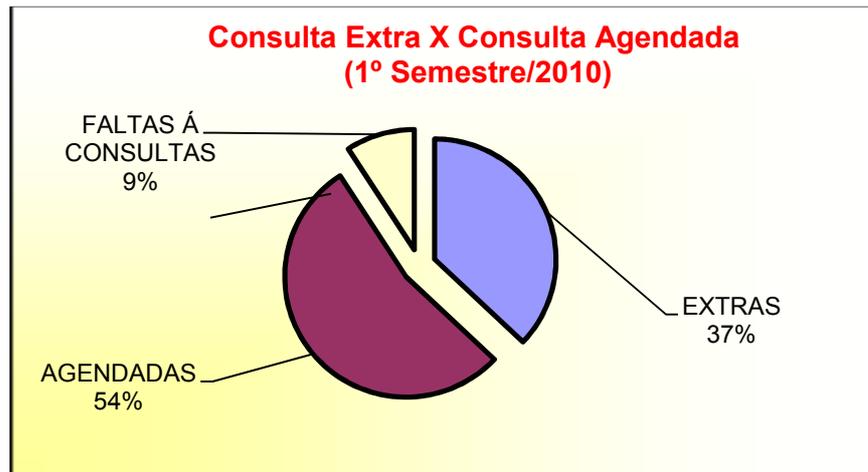
As demais consultas de puericultura deveriam ocorrer quando a criança estivesse com dois, quatro, seis, nove e doze meses de vida (BRASIL, 2002). Porém, analisando somente as crianças cujos prontuários foram localizados e que faziam acompanhamento na unidade, 19% não tiveram a de dois meses, 67% não tiveram a de quatro meses, 44% não tiveram a de seis meses, 67% não tiveram a de nove meses e 48% não tiveram a de 12 meses.

Segundo Blank (2003), estudos mostram que no Brasil há uma média de 7,5 consultas de puericultura no primeiro ano de vida. Já nesta unidade estudada, observando

apenas as crianças que tinham o prontuário na unidade e ali faziam acompanhamento, a média é superior é de cerca de 8,8 consultas no primeiro ano de vida.

A figura 3 ilustra a relação entre as consultas extras, agendadas e números de faltas.

Figura 3: Número de consultas no 1º semestre de 2010.



Fonte: Lego e Conde (2011).

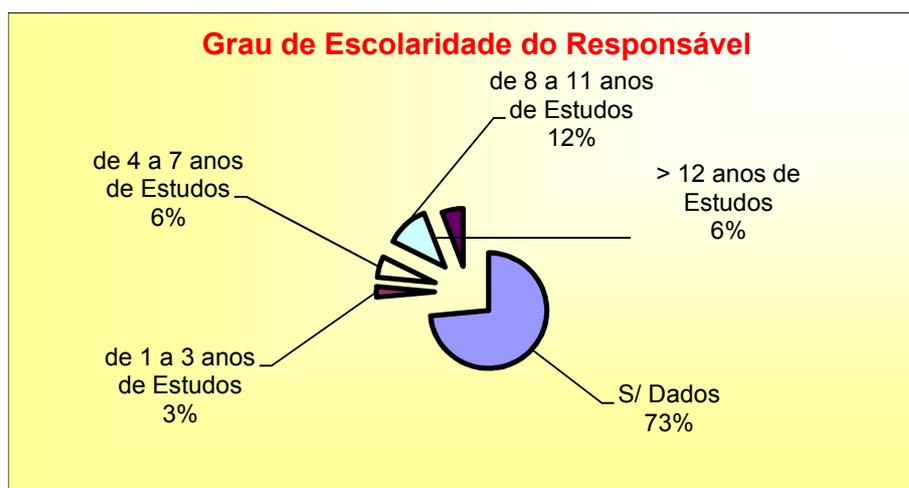
Também foi analisado o número de consultas realizadas com crianças no primeiro ano de vida e, verificou-se que das 238 consultas realizadas, 41% eram extras (97) e 59% eram agendadas (141) e ainda houve 10% de faltas a consultas agendadas (24 faltas).

Esse elevado número de consultas extras e faltas a consultas agendadas podem vir a explicar o motivo pelo qual 32% das crianças tiveram menos de sete consultas nos 12 primeiros meses de vida.

Segundo Gonçalves *et al.* (2009), o elevado número de consultas extras prejudica a qualidade do atendimento ao usuário do serviço de saúde, já que este não gera vínculo afetivo com o profissional de saúde por não fazer um acompanhamento regular e com isso, se habitua a comparecer no serviço de saúde somente quando há algum sintoma de doença (consulta extra). E assim, o profissional da saúde acaba por mudar seu foco para o pronto-atendimento ao invés da visão do paciente como um todo, que é o que acontece, ou pelo menos deveria acontecer, nas consultas agendadas.

Uma pesquisa realizada por Luque *et al.* (2011) também no município de Botucatu, interior paulista, confirma o fato de que o número de consultas extras é muito elevado nos serviços de saúde deste município, e com isso, a qualidade dos atendimentos é prejudicada. Já a figura 4, ilustra o grau de escolaridade dos responsáveis por essas crianças.

Figura 4: Grau de escolaridade dos responsáveis pelos nascidos vivos no 1º semestre de 2010.



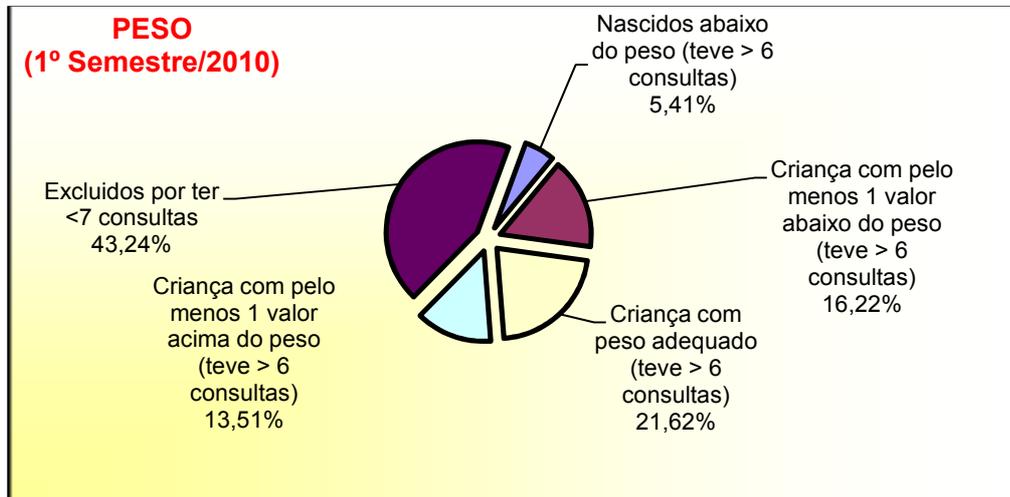
Fonte: Lego e Conde (2011).

Dos 34 responsáveis, 3% tinham de um a três anos de estudo (1), 6% tinham de quatro a sete anos de estudo (2), 12% tinham de oito a 11 anos de estudo (4) e apenas 6% tinham doze ou mais anos de estudo (2). E ainda 73% das crianças não tinham esse dado no prontuário (25).

A ideologia de Piccini *et al.* (2007), de que a escolaridade do responsável pela criança interfere no entendimento da importância das consultas de puericultura pode explicar o porquê de tantas consultas extras e tantas faltas às consultas agendadas.

Por meio da figura 5, elucidou-se os valores do percentil de peso dessas crianças durante o primeiro ano de vida.

Figura 5: Percentil de peso dos nascidos vivos no 1º semestre de 2010 em relação aos valores normais adotados pela OMS.



Fonte: Lego e Conde (2011).

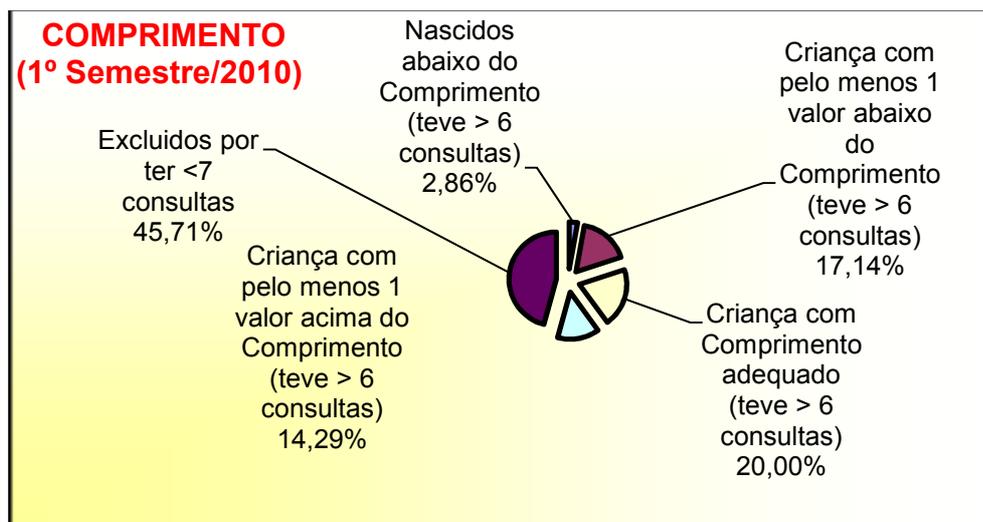
Em relação ao percentil de peso, observou-se que das 34 crianças estudadas, apenas 5,41% (2) nasceram abaixo do peso considerado normal, 16,22% (6) apresentaram ao menos um valor abaixo nos valores normais durante o primeiro ano de vida e 13,51% (5) apresentaram valores acima desses valores normais. Somente 21,61% (8) tinham todos os valores normais e ao menos sete consultas no primeiro ano de vida, o que é pouco, já que a desnutrição em menores de um ano é muito grave, sendo a causa básica do surgimento ou piora da maioria dos problemas de saúde infantil (CARVALHO *et al.*, 2008).

A obesidade infantil também é um fator preocupante que deve ser acompanhado, pois sua presença leva a um aumento nas taxas de morbidade e no aparecimento de doenças crônicas como o diabetes, as doenças cardiovasculares e, os problemas ortopédicos e também os distúrbios tanto psicológicos quanto sociais. Outro fator importante a ser observado quanto a questão da obesidade é que ainda segundo Biscegli *et al.* (2007), este problema tem aumentado em todas as classes sociais, porém de forma mais acentuada nas famílias de menor renda, que é o caso da maior parte da população do presente estudo.

Ainda houve o fato de que 43,24% (16) foram excluídas por não terem ao menos 7 consultas nos 12 primeiros meses de vida, o que o mínimo exigido pela OMS (BRASIL, 2002).

E, por meio da figura 6, ilustrou-se os valores do percentil de comprimento dessas mesmas crianças.

Figura 6: Percentil comprimento dos nascidos vivos no 1º Semestre de 2010 em relação aos valores normais adotados pela OMS.



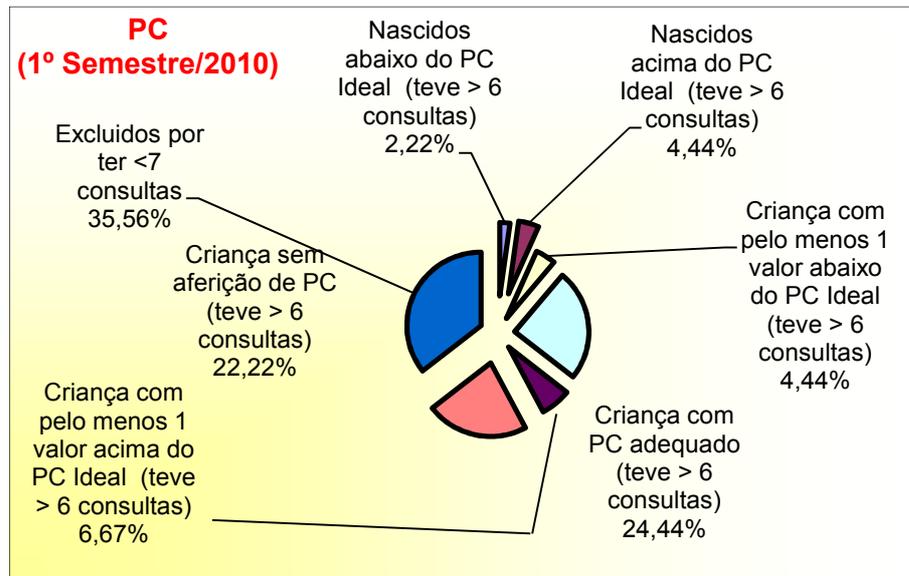
Fonte: Lego e Conde (2011).

Observou-se também o percentil de comprimento e constatou-se que dessas 34 crianças, apenas uma nasceu abaixo do comprimento considerado normal, seis tiveram comprimento abaixo dos valores normais durante as consultas do primeiro ano de vida e cinco apresentaram valores acima desses valores normais. Sete tinham todos os valores normais e ao menos sete consultas no primeiro ano de vida e 16 foram excluídas por não terem ao menos 7 consultas nos 12 primeiros meses de vida, o que é o mínimo exigido pela OMS (BRASIL, 2002).

Este percentil é aferido principalmente em consultas agendadas. Considerando-se assim somente este tipo de consulta, em todas elas este percentil foi aferido. Segundo Marcondes *et al.* (2002) o percentil é um ponto muito importante a ser observado, pois ele pode ser utilizado para determinar os parâmetros de crescimento da criança. Esse é de mais difícil obtenção em relação ao percentil de peso, porém, esse é mais seguro, já que nunca irá diminuir devido à influência do meio.

Como último gráfico, temos a figura 7. Ele mostra os valores do percentil de perímetro cefálico das mesmas crianças durante esse mesmo período.

Figura 7: Percentil perímetro cefálico dos nascidos vivos no 1º Semestre de 2010 em relação aos valores normais adotados pela OMS.



Fonte: Lego e Conde (2011).

E por fim, o último percentil analisado foi o perímetro cefálico (PC). Nesse constatou-se que das 34 crianças estudadas, somente uma nasceu abaixo dos valores normais e duas nasceram acima desses valores. Duas apresentaram pelo menos um valor abaixo dos valores normais, três apresentaram pelo menos um valor acima dos considerados normais no primeiro ano de vida e nove tinham todos os valores normais e pelo menos sete consultas. Duas só tinham a aferição do nascimento, duas delas não tiveram nenhuma aferição de PC no primeiro ano de vida e 16 foram excluídas por terem menos de sete consultas neste período.

Esse percentil, que tem grande importância para avaliar o crescimento cerebral da criança e detectar anomalias cerebrais, tais como micro e macrocefalias (BRASIL, 2002), foi pouco usado nas consultas de puericultura desta unidade. Considerando-se apenas as consultas agendadas (141), este percentil foi aferido/registrado em apenas 27% das

consultas (38), sendo que este recurso só foi usado até os sete meses destas crianças, após isto, não há mais nenhum registro de aferição desse percentil.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, concluiu-se que nasceram mais meninas do que meninos pertencentes à aquela unidade no primeiro semestre de 2010 e que esse serviço de saúde nem sempre tem registrado nos seus prontuários os parâmetros de normalidade. Há um baixo número de consultas de puericultura por paciente, sendo que das 34 crianças estudadas, sete não tinham nenhuma consulta na unidade e 11 tinham menos de sete consultas agendadas, o que é o mínimo pedido pelo ministério da saúde.

Além disso, concluiu-se que o percentil de Perímetro Cefálico (PC) está sendo registrado somente até os sete meses e ainda das 141 consultas agendadas realizadas, somente em 38 delas este percentil foi analisado. Duas das crianças só tinham a aferição desse percentil no nascimento e outras duas nem a aferição do nascimento tinham, o que é um dado alarmante, já que nesta fase da vida da criança as fontanelas estão se fechando e a criança está susceptível a sofrer de micro e macrocefalias.

Em relação ao Percentil de Peso, das 34 crianças estudadas, somente um quarto delas tinham ao menos sete consultas e todos os valores deste percentil estavam dentro da normalidade, o que é um valor extremamente baixo, já que a obesidade e a desnutrição são complicações alarmantes nesta faixa etária. Já em relação ao Percentil de Comprimento, os índices são ainda mais alarmantes, menos de um quarto delas (7) tinham ao menos sete consultas e todos os valores deste percentil estavam dentro da normalidade, que é um dado que deve ser analisado com cautela, já que essas crianças podem estar sofrendo de excesso ou déficit de crescimento.

Concluiu-se também que os usuários ainda têm a concepção de que o serviço de saúde é apenas curativo e não preventivo, já que é alarmante o número de faltosos e de consultas extras.

REFERÊNCIAS

ASSIS, W. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, n.64, v.1, p. 38-46, 2011.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **J. Pediatr.**, n. 79 (Supl.1), p. S13-S22, 2003.

BISCEGLI, T. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Revista Paulista de Pediatria.**, n.25, v.4, p. 337-342, 2007.

BONILLHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria.**, n.1, v.81, p. 7-13, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

CANCELIER, A. C. L. *et al.* Situação alimentar de crianças entre zero e dois anos atendidas em Programa de Saúde da Família no sul do estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, n.1, V.38, p. 20-25, 2009.

CARVALHO, M. F. *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.24, V.3, p. 675-685, 2008.

CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CNHS. Centro Nacional de estatísticas de Saúde, 1977. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/growthchart/> > Acesso em: 05 fev. 2011.

CORREA, I. *et al.*, Desenvolvimento Físico. In: CORREA, I. *et al.* **Assistência à saúde da criança: atenção primária do nascimento aos dois anos de idade.** São Paulo: Iátria, 2006. Cap. 3. p 31-38.

CORREIA W. T. F.; RODRIGUES, A. F. S. F.; MESQUITA. V. L. S. A Assistência de Enfermagem na Puericultura Frente a Casos de Escabiose. **Rev. APS.**, n. 2, v. 13, p. 224-230, 2010.

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.11, v.3, p. 739-743, 2006.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n.33, v.3, p. 393-403, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766
> Acesso em: 21 Jul. 2011

JÚNIOR, G.G. **O Programa de Saúde Da Família: Uma Avaliação do Desempenho no Município de Botucatu**. Dissertação (Mestrado), Universidade São Marcos, São Paulo, 2007.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. **Caracterização das Crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 4, n. 3, p. 224-230, 2005.

LUQUE, A. L. F.. *et al.* **Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco, na perspectiva de uma política pública de saúde**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, n.19, v.2, 2011.

MARCONDES, E.; SETIAN, N.; CARRAZZA, F. R. **Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança**. In: MARCONDES, E. *et al.* *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier, 2002. Cap.4. p.23-35.

OMS. Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em:<
<http://www.who.int/childgrowth/en/> > acesso em: 05 fev. 2011.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, n.7, v.1, p. 75-82, 2007.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luiz (maranhão), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 6, v. 4, p.266-272, 1999.

SILVA, M. M.; ROCHA, L.; SILVA, S. O. Enfermagem em Puericultura: Unindo metodologias assistências para promover a saúde nutricional da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n.30, v. 1, p. 141-144, 2009.

STEFANE, J. M. J. **A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil**. In: SCHMITZ *et al.* *A enfermagem em Pediatria e Puericultura*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 1. p.1-24.

WHO. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1995.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO. P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J Pediatr**. n. 86, v. 1, p. 80-84, 2010.